

médio por internação, sexo, raça, faixa etária, número de óbitos e taxa de mortalidade. Por tratar-se de fonte de dados de acesso público, o estudo não necessitou de aprovação pelo comitê de ética em pesquisa e humanos. **Resultados:** No período proposto, foram registradas 27.533 internações por LH, com uma média de 5507 casos por ano sendo que o ano de 2023 foi o que atingiu o maior número de hospitalizações registrando 5.787 (21,01%), seguido pelo de 2021 com 5.390 (19,57%) e 2022 com 5.224 (18,97%). Quando analisadas as regiões, houve maior prevalência na região Sudeste com 46,78% (n=12.881), em seguida a região Nordeste com 26,13% (n=7.195), Sul com 16,32% (n=4.496), Centro-Oeste com 6,09% (n=1.677) e Norte com 4,66% (n=1.284). Houve um predomínio do sexo masculino com 55,60% (n=15.309) sobre o feminino com 44,39% (n=12.224). Em relação a faixa etária, a mais acometida foi a de pacientes entre 20 a 29 anos com 24,33% (n=6.699), seguida pela de 30 a 39 anos com 17,33% (n=4.774) e 40 a 49 anos com 10,69% (n=2.946). Enquanto a menos acometida foram aqueles menores de 1 ano com 0,07% (n=22). A raça com maior número de pacientes foi a branca com 42,57% (n=11.722) e a parda com 42,08% (n=11.588). Essa população ficou um tempo médio de 5,9 dias hospitalizados, seja enfermaria ou UTI, totalizando R\$ 72.874.166,63 reais gastos e uma média de 2.646,79 reais por internação. Dentre todos os pacientes internados, 951 foram a óbito representando uma taxa de mortalidade de 3,45%. **Discussão:** Os achados desse estudo corroboram com a literatura existente e são consistentes com a epidemiologia do LH, demonstrando maior prevalência de internações em homens jovens com destaque para as faixas etárias de 20 a 29 anos. Outro parâmetro, de grande concordância com a literatura, foi a taxa de mortalidade baixa, isso porque, diante dos avanços no diagnóstico e no tratamento, o número de óbitos pelo LH diminuiu consideravelmente. O valor gasto com o LH foi alto devido ao tratamento quimioterápico, que, apesar de eficaz, ainda apresenta altos custos ao governo. Outro aspecto a ser evidenciado é que não existe uma grande discrepância em relação a etnia porque o número de casos entre brancos e pardos foi semelhante. **Conclusão:** Apesar dos custos com o tratamento da doença, a taxa de mortalidade é baixa quando a patologia é tratada de forma eficaz. Diante disso, para minorar os números da mortalidade e gastos ao sistema público de saúde, o diagnóstico precoce é imprescindível, pois quanto melhor for o estadiamento, maiores chances de bom prognóstico do paciente e desfechos clínicos mais favoráveis.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.368>

PERFIL DE ÓBITO POR DOENÇA DE HODGKIN NOS ÚLTIMOS 10 ANOS NO BRASIL

CM Lucini ^a, MFGM Fernandes ^a, IM Almeida ^a,
LM Pinheiro ^a, FB Fernandes ^b

^a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, RS, Brasil

^b Laboratório Zanol, Porto Alegre, RS, Brasil

Objetivos: Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes que faleceram em decorrência da doença de Hodgkin (DH) no Brasil entre 2014 e 2023. **Materiais e métodos:** Estudo ecológico

observacional em que se utilizou uma análise de série temporal. A revisão foi realizada em uma base de dados de domínio público, utilizando o sistema Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DASNT), abrangendo o período de janeiro de 2014 a dezembro de 2023. Para analisar os óbitos decorrentes da doença de Hodgkin (CID 10: C81) foram avaliadas as seguintes variáveis: número de óbitos por DH, região geográfica de ocorrência, grupo etário, raça e sexo. Todos os dados foram armazenados em uma planilha Excel e as descrições das variáveis foram realizadas por meio da análise de frequências absolutas e relativas. **Resultados:** No Brasil, entre 2014 e 2023, foram registrados 5.450 óbitos por DH, com média de 545 óbitos por ano, apresentando ainda crescimento de 11,02% nesse período. O ano com maior número de óbitos foi 2017, com crescimento de 9,72% em relação ao ano anterior (n=609). Observando o total de óbitos, 57,19% (n=3.117) eram do sexo masculino e 42,78% do sexo feminino (n=2.332). Considerando faixa etária, os indivíduos mais afetados apresentavam de 60 a 69 anos, com 15,68% (n=855) e são seguidos por aqueles entre 70 e 79 anos, com 15,32% (n=835). Há um pico também em adultos mais jovens, com a mesma porcentagem de óbitos, 14,56% (n=794), ocorrendo na faixa etária de 20 a 29 anos e na de 30 a 39 anos, representando 29,12% dos óbitos. Sobre cor, 58,14% dos óbitos (n=3.169) ocorreram em pacientes brancos, seguidos por 32,8% (n=1.788) em pardos e 5,46% (n=298) em pretos. Em relação à região, o Sudeste apresentou a maior taxa de óbitos, com 47,94% (n=2.613), seguido pelo Nordeste, com 20,99% (n=1.144) e pelo Sul, com 18,66% (n=1.017). As regiões Norte e Centro-Oeste foram responsáveis por 12,4% das mortes (n=676). Em relação ao total de neoplasias malignas declaradas ou presumidas como primárias dos tecidos linfáticos, hematopoético e tecidos correlatos, a DH representou 3,52% dos óbitos no período avaliado. **Discussão:** A análise detalhada do perfil dos óbitos por DH na última década revela informações significativas sobre as características epidemiológicas dos pacientes que falecem devido a essa patologia. Nota-se um aumento progressivo no número de óbitos durante este período, embora isso não necessariamente corresponda a um aumento na taxa de mortalidade. As faixas etárias de maior risco, associadas a um maior número de óbitos, incluem idosos e adultos jovens. Além disso, observou-se uma predominância significativa entre os pacientes do sexo masculino. Geograficamente, a região Sudeste do país concentra a maioria dos casos, refletindo a maior densidade populacional existente nessa área. **Conclusão:** Portanto, os óbitos destacam a urgência de diagnósticos precoces e de avanços terapêuticos que são essenciais para reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos pacientes com doença de Hodgkin.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.369>

ABORDAGEM INTEGRADA DO LINFOMA DE BURKITT EM PACIENTE COM HIV: RELATO DE CASO

CCCE Silva, PB Maia, MB Figueiredo, GRP Bahia,
SP Fonseca, LFD Couto, JFF Lima, LF Radicchi,
RGD Nascimento, IAC Souza

Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil

Introdução: O Linfoma de Burkitt é uma neoplasia hematológica altamente agressiva derivada de células B, marcada pela translocação do gene MYC no cromossomo 8. Suas formas incluem a endêmica, a esporádica e a associada à imunossupressão, como em pacientes com HIV. O linfoma de Burkitt tem uma prevalência 10 vezes maior em indivíduos HIV positivos do que na população geral, sendo uma condição definidora de AIDS. A patogênese envolve imunossupressão crônica, permitindo proliferação descontrolada das células B e reativação do EBV, que frequentemente é latente em pacientes com HIV. A apresentação clínica pode variar, incluindo linfadenopatia generalizada, febre, perda de peso e envolvimento extranodal. O diagnóstico requer avaliação clínica, radiológica e confirmação histopatológica através de biópsia e imunohistoquímica. O tratamento envolve quimioterapia intensiva, além da gestão eficaz do HIV para melhorar a resposta imunológica e reduzir complicações infecciosas. **Relato do caso:** Paciente masculino, 28 anos, sem comorbidades, apresentou nódulo de 1 cm em região infraclavicular direita, que, em 7 meses, evoluiu progressivamente para uma massa palpável, com cerca de 20 cm, sem sinais flogísticos, pétreo, imóvel e indolor. Paciente nega febre, sudorese noturna ou emagrecimento durante o período. Tomografia computadorizada (TC) de Tórax e Pescoço evidenciou conglomerado linfonodal infraclavicular à direita (13 × 7 cm) de aspecto suspeito para doença linfoproliferativa. Realizada biópsia percutânea da massa, cujo histopatológico identificou uma neoplasia maligna com imunorreatividade para os marcadores CD20, BCL6, CD10, cMYC e Ki-67 (> 95%) na imunohistoquímica, compatível com Linfoma não-Hodgkin de células B, tipo Burkitt. Concomitantemente, realizou investigação para HIV, com Teste de Antígenos e Anticorpos reagente para HIV-1 e HIV-2, e Imunoblot rápido reagente para HIV-1. Realizada a investigação de TB pelo LF-LAM com resultado não reagente, análise líquórica sem alterações, dosagem de Carga Viral em 161 mil cópias e Contagem de CD4 em 295 céls/mm³, sendo iniciada a Terapia Antirretroviral com Lamivudina, Tenofovir e Dolutegravir. A Biópsia de Medula Óssea não evidenciou infiltração por Linfoma. Iniciado quimioterapia com o protocolo CODOX/IVAC, que cursou com redução considerável da massa com cerca de 1 semana de tratamento, levando a significativa melhora clínica. **Conclusão:** Este caso discute uma doença rara, que representa 1-2% dos linfomas não-Hodgkin em adultos, e enfatiza a necessidade de uma abordagem integrada no manejo do Linfoma de Burkitt associado ao HIV. A detecção precoce e o tratamento quimioterápico são essenciais devido à natureza agressiva do linfoma. Deve-se destacar ainda a associação de anticorpos monoclonais, que aumenta as taxas de remissão, mas ainda tem acesso limitado no Sistema Único de Saúde. A ausência de infiltração medular e a resposta positiva ao tratamento destacam a eficácia do protocolo para linfomas de alta agressividade e a importância do controle eficaz da AIDS para melhorar a sobrevida. O manejo adequado da infecção por HIV, incluindo monitoramento da carga viral e contagem de CD4, juntamente com quimioterapia intensiva, é crucial

para melhorar os desfechos clínicos e otimizar estratégias para pacientes com doenças malignas associadas ao HIV.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.370>

RELATO DE CASO: LINFOMA DE HODGKIN EM PACIENTE COM INFECÇÃO POR HTLV-1

LHL Bastos^a, BC Almeida^a, JA Kitano^a,
DC Smielewski^a, RCA Carvalho^a, KS Macedo^a,
RG Oliveira^a, LA Lomonaco^{a,b},
ADM Alexandre^{a,b}, TCP Pinheiro^{a,b}

^a Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, AC, Brasil

^b Fundação Hospital Estadual do Acre (Fundhacre), Rio Branco, AC, Brasil

Introdução: O linfoma de Hodgkin é uma neoplasia linfoproliferativa com células de Reed-Sternberg, frequentemente manifestando-se com linfadenopatia indolor, febre, suores noturnos, perda de peso e prurido. O subtipo esclerose nodular é comum em jovens adultos. Infecções por HTLV (vírus linfotrópico humano), incluindo o HTLV-1 e o HTLV-2, estão associadas a doenças linfoproliferativas e distúrbios hematológicos. O HTLV-1 é bem estabelecido na relação com leucemias e linfomas de células T, enquanto o impacto do HTLV-2 no linfoma de Hodgkin é menos claro. Este caso explora a coexistência de linfoma de Hodgkin com infecções por HTLV-1 e HTLV-2 e seus possíveis efeitos na apresentação e manejo da doença. **Relato de caso:** Paciente de 43 anos foi encaminhada à Hematologia em 07/03/2024 com linfonodos aumentados na região cervical bilateralmente com quadro iniciado há 1 ano. Cerca de 8 meses depois, começou a apresentar tosse seca diária e febre diária associado a anorexia e emagrecimento nos últimos 2 meses. O exame físico revelou linfonomegalia cervical esquerda (o maior linfonodo com 3 cm) e também linfonodos supraclaviculares e cervicais anteriores à direita. A paciente tinha pancitopenia e velocidade de hemossedimentação elevada (> 140 mm). As sorologias para HTLV-1 foram positivas. Tomografias de tórax e pescoço (TC) mostraram linfonomegalia mediastinal e supraclavicular, sendo o maior de 9,5 × 7,3 cm. A tomografia abdominal revelou hepatomegalia homogênea e linfonodos periaórticos proeminentes, sugerindo indicando estadiamento avançado. A biópsia do linfonodo cervical esquerdo confirmou linfoma de Hodgkin tipo esclerose nodular e biópsia de medula óssea mostrou celularidade preservada e ausência de infiltração neoplásica. Indicado tratamento com ABVD (doxorubicina, bleomicina, vincristina e dacarbazina), com 3 ciclos completados até 23/07/2024, com exames de imagem mostrando remissão parcial de doença e, em programação para troca de protocolo e tratamento. **Discussão:** A associação entre linfoma de Hodgkin e infecção por HTLV é menos estudada comparada aos linfomas não-Hodgkin, onde o papel do HTLV-2 é mais reconhecido. O HTLV-1 está associado a leucemias e linfomas de células T, mas sua relação com linfoma de Hodgkin não é bem estabelecida. Embora o impacto do HTLV-2 em linfomas não-Hodgkin seja conhecido, sua influência no linfoma de Hodgkin está em processo de definição.